

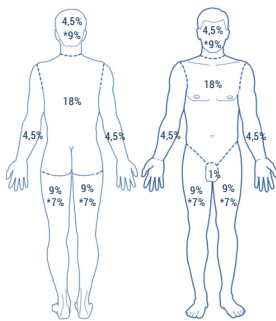
OCORRÊNCIA	Entidade	BV..., CVP..., Hospital ...			Meio	PEM, VMER, MEM, AEM, SIV, ...			N.º CODU																																																																							
	Motivo				Residência	Trabalho	Via Pública		dd / mm / aaaa																																																																							
	Local	Identificação do local, morada e/ou pontos de referência						Caminho do local	14 : 38																																																																							
	Freguesia	Concelho						Chegada à vítima	:																																																																							
IDENTIFICAÇÃO	Nome	Nome completo da vítima						Chegada SIV/SAV	Se aplicável																																																																							
	Nascimento	dd / mm / aaaa	Idade	Sexo	M	<input checked="" type="radio"/> F	N.º SNS	Caminho U. Saúde			:																																																																					
	Residência	Morada de residência completa (incluindo país, caso seja estrangeira)						Caminho U. Saúde			:																																																																					
AVALIAÇÃO	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Hora hh:mm</th> <th>AVDS GCS</th> <th>Vent. cpm</th> <th>SpO2 %</th> <th>O2 Sup l/min</th> <th>EtCO2 mmHg</th> <th>Pulso bpm</th> <th>ECG ver verso</th> <th>P. Arterial Sistólica</th> <th>P. Arterial Diastólica</th> <th>Pele</th> <th>Temp. °C</th> <th>Pupilas</th> <th>Dor 0 a 10</th> <th>Glicemia mg/dl</th> <th>NEWS / TAP 0 a 20 / 0 a 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>14 : 51</td> <td>A</td> <td>18</td> <td>93</td> <td>não</td> <td>7</td> <td>97</td> <td>7</td> <td></td> <td></td> <td>S.A.</td> <td></td> <td>S.A.</td> <td>4</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>14 : 56</td> <td>A</td> <td>15</td> <td>98</td> <td>3</td> <td>7</td> <td>92</td> <td>7</td> <td>148</td> <td>82</td> <td>S.A.</td> <td>36,8</td> <td>S.A.</td> <td>4</td> <td>107</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Hora hh:mm	AVDS GCS	Vent. cpm	SpO2 %	O2 Sup l/min	EtCO2 mmHg	Pulso bpm	ECG ver verso	P. Arterial Sistólica	P. Arterial Diastólica	Pele	Temp. °C	Pupilas	Dor 0 a 10	Glicemia mg/dl	NEWS / TAP 0 a 20 / 0 a 3	14 : 51	A	18	93	não	7	97	7			S.A.		S.A.	4			14 : 56	A	15	98	3	7	92	7	148	82	S.A.	36,8	S.A.	4	107	3	:																A NEWS só pode ser calculada com todas as variáveis avaliadas.														
	Hora hh:mm	AVDS GCS	Vent. cpm	SpO2 %	O2 Sup l/min	EtCO2 mmHg	Pulso bpm	ECG ver verso	P. Arterial Sistólica	P. Arterial Diastólica	Pele	Temp. °C	Pupilas	Dor 0 a 10	Glicemia mg/dl	NEWS / TAP 0 a 20 / 0 a 3																																																																
	14 : 51	A	18	93	não	7	97	7			S.A.		S.A.	4																																																																		
	14 : 56	A	15	98	3	7	92	7	148	82	S.A.	36,8	S.A.	4	107	3																																																																
:																																																																																
No exemplo, a gravidade do doente é ligeira (NEWS=3) porque resulta da soma de dois parâmetros positivos e não do compromisso sério (=3) de apenas um deles.																																																																																
HISTORIAL CLÍNICO	Circunstâncias	Descreva cinemática, fator(es) desencadeante(s), envolvente, ...																																																																														
	Histórico de doenças	Indique doenças conhecidas mais relevantes																																																																														
	Alergias	Indique alergias/episódios conhecidos ou indicar se "Desconhece"																																																																														
	Medicação habitual	Enumere a terapêutica habitual																																																																														
	Última refeição	Indique, se adequado, hora e refeição consumida						Situação de risco	Maus tratos, condição social, ...																																																																							
EXAME DA VÍTIMA, TERAPÊUTICA E OBSERVAÇÕES	SINAIS E SINTOMAS				Hora	FÁRMACO				Dose	Via																																																																					
	Descreva aqui os sinais e sintomas identificados na avaliação, complementando o registo na imagem em baixo conforme os exemplos.				14 : 57	AAS				500 mg	po																																																																					
					:					7	7																																																																					
					:	Preencha apenas quando administrado pela própria equipa.																																																																										
					:																																																																											
<ul style="list-style-type: none"> Utilize este espaço para observações relevantes ou complementares à avaliação registada. Registe tudo o que for avaliado e realizado pela equipa de forma legível. Trace os campos que não forem preenchidos, lembre-se que em caso de recusa de tratamento/transporte o signatário fica com cópia deste documento. A imagem apresenta as % para cálculo da extensão de uma queimadura no adulto e na *criança e deve ser usado simultaneamente para representação gráfica das principais lesões/queixas. Mais instruções de preenchimento e respostas a perguntas frequentes em www.inem.pt 																																																																																
PROCEDIMENTOS	RCP	VA / Ventilação	Circulação	Protocolos	Escalas	NÃO TRANSPORTE	<input checked="" type="checkbox"/>	TRANSPORTE	<input checked="" type="checkbox"/> Primário	Secundário																																																																						
	Presenciada	<input checked="" type="checkbox"/> Desobstrução	Controlo Temp.	Imobilização	Cincinatti	Abandonou o local		Acompanhamento médico																																																																								
	SBV/DAE	:	T. Orofaringeo	Controlo Hemo.	VV AVC	<input checked="" type="checkbox"/> PROACS	Decisão médica	Unidade de Saúde de Origem																																																																								
	SIV/SAV	:	T. Laríngeo	Penso	VV Coronária	RTS	Morte	Preencha se Transporte Secundário (entre unidades de saúde)																																																																								
	1.º Ritmo	<input checked="" type="checkbox"/>	Másc. laríngea	Torniquete	VV Sepsis	MGAP	Desativação																																																																									
	N.º Choque(s)		T. Endotraqueal	Cinto Pélvico	VV Trauma	RACE	Próprio	<input checked="" type="checkbox"/>	N.º de Processo																																																																							
	Recup.	:	CPAP	Acesso venoso	VV PCR		Representante		Unidade de Saúde de Destino																																																																							
	Susp.	:	Vent. Mecânica	<input checked="" type="checkbox"/>			Avaliação		Não tem de ser assinado e/ou carimbado na Unid. Saúde																																																																							
C. Mecânicas		500/20/2		TEPH		Tratamento	<input checked="" type="checkbox"/>																																																																									
Não realizado		Volume (ml)/Pressão (bar)/PEEP		SIV	Indique o(s) protocolo(s) utilizado(s)	Indique tratamento		N.º de Processo																																																																								
RECUSA	Declaro ter sido informado(a) e compreender os riscos da minha decisão e assumir toda a responsabilidade pelas eventuais consequências. **										Assinatura do Responsável de Meio																																																																					
	<input checked="" type="checkbox"/>	Assinatura conforme o documento apresentado.										Assinatura do profissional																																																																				
	Documento de Identificação / N.º	Indique documento e respetivo N.º			Assinalar se identificação não confirmada por documento idóneo <input type="checkbox"/>			N.º Profissional	N.º Ordem / TEPH / TAS																																																																							

OCORRÊNCIA	Entidade					Meio			N.º CODU		
	Motivo					Residência	Trabalho	Via Pública	/		/
	Local								Caminho do local :		
	Freguesia		Concelho						Chegada à vítima :		
IDENTIFICAÇÃO	Nome								Chegada SIV/SAV :		
	Nascimento / /		Idade		Sexo	M	F	N.º SNS		Caminho U. Saúde :	
	Residência								Chegada U. Saúde :		

AVALIAÇÃO	Hora hh:mm	AVDS GCS	Vent. cpm	SpO2 %	O2 Sup l/min	EtCO2 mmHg	Pulso bpm	ECG ver verso	P. Arterial Sistólica	P. Arterial Diastólica	Pele	Temp. °C	Pupilas	Dor 0 a 10	Glicemia mg/dl	NEWS / TAP 0 a 20 / 0 a 3	
	:																
	:																
	:																
	:																

HISTORIAL CLÍNICO	Circunstâncias	
	Histórico de doenças	
	Alergias	
	Medicação habitual	
	Última refeição	Situação de risco

EXAME DA VÍTIMA, TERAPÉUTICA E OBSERVAÇÕES	SINAIS E SINTOMAS	Hora	FÁRMACO	Dose	Via	
		:				
		:				
		:				
		:				
		:				



PROCEDIMENTOS	RCP	VA / Ventilação	Circulação	Protocolos	Escalas	NÃO TRANSPORTE	TRANSPORTE	Primário	Secundário
	Presenciada	Desobstrução	Controlo Temp.	Imobilização	Cincinatti	Abandonou o local	Acompanhamento médico		
	SBV/DAE :	T. Orofaringeo	Controlo Hemo.	VV AVC	PROACS	Decisão médica	Unidade de Saúde de Origem		
	SIV/SAV :	T. Laríngeo	Penso	VV Coronária	RTS	Morte			
	1.º Ritmo ⚡ ✕	Másc. laríngea	Torniquete	VV Sépsis	MGAP	Desativação			
	N.º Choque(s)	T. Endotraqueal	Cinto Pélvico	VV Trauma	RACE	RECUSA	Próprio	N.º de Processo	
	Recup. :	CPAP	Acesso venoso	VV PCR			Representante	Unidade de Saúde de Destino	
	Susp. :	Vent. Mecânica					Avaliação		
	C. Mecânicas			TEPH			Tratamento		
Não realizado			SIV				N.º de Processo		

RECUSA	Declaro ter sido informado(a) e compreender os riscos da minha decisão e assumir toda a responsabilidade pelas eventuais consequências. **					Assinatura do Responsável de Meio	
						N.º Profissional	

RACE (eventual necessidade de tromboectomia se ≥5)

	ESQUERDA	DIREITA	VALOR
Paresia facial	Ausente	Ausente	0
	Ligeira	Ligeira	1
	Moderada/severa	Moderada/severa	2
Paresia MS	Ausente/Ligeira (>10seg)	Ausente/Ligeira (>10seg)	0
	Moderada (<10seg)	Moderada (<10seg)	1
	Severa (não levanta)	Severa (não levanta)	2
Paresia MI	Ausente/Ligeira (>5seg)	Ausente/Ligeira (>5seg)	0
	Moderada (<5seg)	Moderada (<5seg)	1
	Severa (não levanta)	Severa (não levanta)	2
Desvio oculocefálico	Direito ausente	Esquerdo ausente	0
	Direito presente	Esquerdo presente	1
Agnosia Afasia	Reconhece o braço E o déficit	Afasia obedece a 2 ordens	0
	Não reconhece o braço OU o déficit	Afasia obedece a 1 ordem	1
	Não reconhece NEM braço NEM o déficit	Não executa ordens	2

NEWS (aplicável a não grávidas e idade ≥16 anos)

PARÂMETRO FISIOLÓGICO	3*	2	1	0	1	2	3*	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA				A			V,D ou S	
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25	
SPO2	≤91	92-93	94-95	≥96				
O2 SUPLEMENTAR		Sim		Não				
FREQUÊNCIA CARDÍACA	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131	
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220	
TEMPERATURA	≤35		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1		
GRAVIDADE	0	Nula	1 - 4	Verde	(*3) 5 - 6	Amarelo	≥7	Vermelho

TRIÂNGULO DE AVALIAÇÃO PEDIÁTRICA (aplicável em idade <16 anos em escala de 0 a 3)

APARÊNCIA	Tónus muscular anormal	ESFORÇO RESPIRATÓRIO	Sons anormais	CIRCULAÇÃO	Pele pálida		
(+1 se observado um ou mais campos)	Não interage		(+1 se observado um ou mais campos)		Posição tripé/anormal	(+1 se observado um ou mais campos)	Pele marmoreada
	Difícil de consolar				Tiragem		Cianose
	Olhar anormal				Adejo nasal		
	Choro / Discurso anormal				Apneia/Gasping		

VIA VERDE SEPSIS (suspeita de VVS se ≥1 em cada um dos quatro campos)

TEMPERATURA	SUSPEITA DE INFEÇÃO	INFLAMAÇÃO
< 35 °C	1 Cefaleia	1 AVDS
≥ 38 °C	1 Alteração de consciência	1 FC > 90 bpm
SIGLAS ECG	1 Dispneia / Tosse	1 FR > 22 cpm
	1 Dor abdominal	
ASS FLA	1 Icterícia	1 GRAVIDADE
AV1 FV	1 Disúria / Polaquiúria	1 Lactato > 2 mmol/L
AV2 IST	1 Dor lombar	1 TAS < 90 mmHg
AV3 RJ	1 Sinais inflamatórios cutâneos	1 PaO2 < 60 mmHg
BRD RI	1 Critério do clínico responsável	1 SatO2 < 90%
BRE RS	MGAP (referenciação a centro de trauma se <18)	
ESV SST	MECANISMO LESÃO	IDADE
EV TSV	Penetrante	0 <60
FA TV	Fechado	4 >60
		5
		0
		3 a 15
		60-123
		<60
		0 <18
		5 23-29
		3 18-22
		baixo
		alto

*** Aplicação exclusiva a meios SIV/SAV.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW ATUALIZADA

OLHOS	VERBAL	MOTOR
Espontânea	4 Orientada	5 A ordens
Ao som	3 Confusa	4 Localiza a dor
À Pressão	2 Palavras	3 Flexão normal
Ausente	1 Sons	2 Flexão anormal
Não testável	NT Ausente	1 Extensão
	Não testável	NT Ausente
		Não testável
		NT

ESCALA DE CINCINNATI (positivo de 1 a 3)

ALTERAÇÃO	SIM	NÃO
Paresia facial	1	0
Queda de membro superior	1	0
Alteração na fala	1	0

ISBAR (transição de informação na transmissão de cuidados)

I IDENTIFICAÇÃO	Profissional de saúde Nome e idade da vítima Situação que motivou a ocorrência
S SITUAÇÃO ATUAL	Descrição da condição clínica Principais alterações Sinais e sintomas
B BACKGROUND	Histórico de doenças Medicação habitual Alergias
A VALIAÇÃO	Tipo de emergência identificada Procedimentos realizados Protocolos instituídos
R RECOMENDAÇÕES	Recomendações Estudos ou avaliações indicadas Proposta de tratamento

RTS (referenciação a centro de trauma se ≤10)

GCS	FR (cpm)	PAS (mmHg)
13 a 15	4	10 a 29
9 a 12	3	> 29
6 a 8	2	6 a 9
4 a 5	1	1 a 5
3	0	0

ESCALA PROACS (risco elevado de mortalidade se ≥3) ***

IDADE	< 72	0
	≥ 72	1
TAS (mmHg)	< 116	1
	≥ 116	0
CLASSE DE KILLIP	1	0
	2	1
	3	1
	4	3
ELEVÇÃO DE ST	sim	1
	não	0

** DECLARAÇÃO DE RECUSA | DECLARATION OF REFUSAL

Ao consentir a assinatura da Declaração de Recusa o Responsável do Meio declara que: "Expliquei o procedimento ao utente e/ou seu representante legal identificado, bem como os riscos inerentes à sua recusa, tendo respondido de forma clara a todas as suas perguntas e que de acordo com o estabelecido na Deliberação nº 25/2012 do Conselho Diretivo do INEM – Substituição do consentimento real pelo consentimento presumido do doente, no meu entendimento, o signatário está em condições de compreender o que lhe foi informado, pelo que procedi em conformidade com a sua decisão, tendo-lhe sido facultada cópia assinada da sua Declaração de Recusa."

DEUTSCHE Ich erkläre, dass ich informiert worden bin und die Risiken meiner Entscheidung verstehe und die volle Verantwortung für etwaige Konsequenzen übernehme.
 ENGLISH I declare that I have been informed and understand the risks of my decision and take full responsibility for any consequences.
 ESPAÑOL Declaro que he sido informado y comprendo los riesgos de mi decisión y asumo toda la responsabilidad por las consecuencias.
 FRANÇAIS Je déclare avoir été informé et comprendre les risques de ma décision et assumer l'entière responsabilité de toutes les conséquences.

Português: Política de Privacidade e Proteção de Dados / Recusa de Transporte e/ou Procedimentos
English: Privacy Policy and Data Protection / Refusal of Transportation And Procedures
Français: Politique de Confidentialité et Protection des Données / Refus de transportet procédures
Deutsch: Allgemeine Datenschutzverordnung / Ablehnung des Transports und der Verfahren
Español: Política de Privacidad y Protección de Datos / Denegación de Transporte y/o Procedimientos

O Instituto Nacional de Emergência Médica, IP; (doravante designada por "INEM") com sede em Rua Almirante Barroso, 36, 1000-013 Lisboa, com o n.º de pessoa coletiva 501 356 126, no âmbito da Recusa de Transporte e/ou Procedimento, tem necessidade de recolher e tratar dados pessoais, o que o faz, nos termos da presente Política de Privacidade e Proteção de Dados.

1. Responsável pelo tratamento de dados

No âmbito da recolha e tratamento de dados pessoais referente à Recusa de Transporte e/ou Procedimento em locais de acesso ao público, o responsável pelo tratamento de dados é o INEM.

2. Encarregado de Proteção de Dados

Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 37º do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados Pessoais, foi designado um Encarregado da Proteção de Dados, pela Deliberação n.º 12/2018, do Conselho Diretivo do INEM.

3. Recolha e tratamento de dados

O INEM é a entidade responsável pela recolha e tratamento dos dados pessoais utilizados no contexto da Recusa de Transporte e/ou Procedimentos.

4. Finalidade do tratamento de dados

- a) Os dados pessoais recolhidos no âmbito do disposto no número anterior serão tratados para as seguintes finalidades:
 - Recusa de Transporte e/ou Procedimentos.
- b) Os tratamentos de dados referidos no número anterior são lícitos na medida em que:
 - Assenta nos princípios orientadores para o correto cumprimento da Lei de Proteção de Dados, bem como, ao exercício de funções de interesse público – ao abrigo do Carta de Direitos e Deveres do INEM.

5. Destinatário(s) dos dados pessoais

- a) O INEM não partilha qualquer informação de dados pessoais a terceiros.
- b) No entanto, o INEM poderá ser obrigado a comunicar os dados pessoais recolhidos do titular dos dados, nos termos da lei, às entidades legalmente competentes e habilitadas.

6. Prazo de conservação dos dados pessoais

Sem prejuízo de disposições legais ou regulamentares em contrário, os dados serão conservados apenas pelo período mínimo necessário para as finalidades que motivaram a sua recolha ou o seu posterior tratamento.

7. Direitos dos titulares dos dados pessoais

- a) Os titulares dos dados são informados que têm o direito de solicitar ao INEM o acesso aos dados pessoais que lhe digam respeito, bem como a sua retificação ou o seu apagamento, e a limitação do tratamento no que disser respeito ao titular dos dados, ou do direito de se opor ao tratamento, bem como do direito à portabilidade dos dados, nos casos legalmente admissíveis, nos termos dos artigos 16º e seguintes do RGPD.
- b) Quando o tratamento de dados se basear no consentimento, o titular dos dados tem o direito de retirar esse consentimento em qualquer altura, sem comprometer a licitude do tratamento efetuado com base no consentimento previamente dado.
- c) O titular dos dados tem ainda o direito de apresentar reclamação a uma autoridade de controlo, ou o direito à ação judicial contra a autoridade de controlo ou o responsável pelo tratamento ou subcontratante, nos termos previstos no artigo 77º, 78º e 79º do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados.
- d) O exercício dos direitos acima referidos é efetuado mediante contacto por e-mail para dpo@inem.pt ou por escrito para o Encarregado de Proteção de Dados do INEM, Rua Almirante Barroso, n.º 36, 1000-013 Lisboa.

8. Medidas de segurança

O INEM assume o compromisso de garantir a proteção da segurança dos dados pessoais que lhe são disponibilizados, tendo em prática medidas técnicas e organizativas adequadas para proteger os dados pessoais contra a destruição, a perda, a alteração, a difusão, o acesso não-autorizado ou qualquer outra forma de tratamento acidental ou ilícito, nos termos da legislação atualmente em vigor em matéria de proteção de dados.

9. Alterações à política de privacidade

O INEM poderá alterar a presente Política de Privacidade e Proteção de Dados a qualquer momento. Estas alterações serão devidamente publicitadas no site www.inem.pt.

10. Validade

Se alguma parte ou disposição dos presentes Termos de Utilização for considerada inválida, ilegal ou inexecutável, a validade, legalidade e exequibilidade das restantes disposições não será afetada ou prejudicada.

11. Lei aplicável e foro competente

A presente Política de Privacidade e Proteção de Dados rege-se pelo RGPD, ou pela lei Portuguesa, em tudo o que não contrarie aquele Regulamento.

Para dirimir todas as questões e litígios que possam surgir, inerentes à aplicação dos presentes Termos e Condições, é exclusivamente competente o foro da Comarca de Lisboa, com expressa renúncia de qualquer outro.